

原 著 妊娠初期, 中期, 末期から産後1か月までの 抑うつ状態のスクリーニングの検討

東京女子医科大学大学院看護学研究科

湯 舟 邦 子

抄録:「健やか親子21」のキャンペーン以降, 母子のメンタルヘルスに対する関心は急速に高まり, 産後うつ病に関する要因や現状把握の調査も増え始めている。さらに, 産後うつ病の誘因となりうる妊娠期の抑うつ状態にも目が向けられるようになった。しかし, 妊娠期からの継続調査は少なく, 抑うつ状態に陥り始める時期, 抑うつ状態の変化を明確化するには至っていない。そこで, 産後うつ病のリスクとなりうる妊娠中の抑うつ状態を発見する有効な方法を考えるために, 産後うつ病予測尺度 (Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised; PDPI-R), SF-36 (MOS Short-Form36Item HealthSurvey), 日本語版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS), ピッツバーグ睡眠質問票日本語版 (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) を活用し, 初期, 中期, 末期, 産後1か月の間, 継続して調査を行った。調査に参加した対象者は, 助産院, 産婦人科クリニック, 大学病院の3施設のいずれかに通院し, 妊娠10週から12週に妊婦定期健康診査時に研究の趣旨説明を受け同意した妊婦で, 今回の妊娠, 分娩, 産褥経過の記載されている診療録にうつ病の既往歴の記載がなく, 4回の調査に継続的に参加した77名を対象とした。平均年齢 33.61 ± 4.54 歳で出産経験のある者が29.9%, 出産経験のない者が70.1%の割合であった。4回の調査に継続的に参加した者の, PDPI-R得点の平均点はカットオフポイントを超え EPDS得点の平均点はカットオフポイントを超えていなかった。PDPI-Rを従属変数として重回帰分析を行った結果, 初期は, 初期に感じていた今回予定していなかった妊娠, 今回望んでいなかった妊娠, 初期のEPDSがPDPI-Rの得点を上昇させ, 初期に感じていた不安が得点を下降させていた。末期は, 末期に感じていた今回望んでいなかった妊娠が得点を上昇させ, 今回の妊娠に対する不安が得点を下降させていた。産後1か月は, 初期と末期に感じていた今回望んでいない妊娠と初期末期のEPDSが得点を上昇させていた。各期とも今回予定していなかった妊娠, 今回望んでいなかった妊娠は相対リスクが高かった。重回帰分析の結果では, 初期のEPDS, 今回望んでいなかった妊娠が得点を上昇させていた。中期では今回予定していなかった妊娠の相対リスクが高く, 末期, 産後1か月では経済状況の相対リスクが高くなっていた。継続調査の結果からは初期と産後1か月のPDPI-RとEPDSの関連が認められた。抑うつ状態を捉える関連要因としての初期のEPDS, 望んでいなかった妊娠は, 初期, 産後1か月で共通要因に挙がっていた。初期に妊娠を望んでいたか, 予定していたかの確認を継続的にスクリーニングすることは, 抑うつ状態の早期発見に繋がると考えられる。さらに, 妊娠確定時の身体的変化, 産後の身体的変化については, 胎児の発育が順調か, 妊娠高血圧症候群移行へのリスクはないかなどの視点だけでは, 抑うつ状態の発見が遅れる可能性がある。抑うつ状態の早期発見のためには, 生活上の負担になっているか否かの視点に立ち, SF-36, PSQIの活用によって身体的健康, 全体的健康感, 活力が下降していないかという確認が必要である。

キーワード: 産後うつ病, 妊娠中の抑うつ状態

わが国は, 女性の社会進出, 高学歴化により一人の女性が出産する子どもの数は低下している。しかし, 不妊治療などにより妊娠し, 出生する子どもの数は増加している。このような社会背景から, 子ど

もの出生や発育はより大切さを増している。そこで, 良き母になることを目指す女性も多くなっていると推測される。良き母になるために, 良き妊娠期を過ごそうと意欲的になる反面, その圧力や思い通

りにならない現実などにより抑うつ状態が出現することが考えられる。この抑うつ状態がうつ病に移行することも予測できる。実際、「大うつ病の生涯有病率は全体で14.0%、女性では18.5%である。」¹⁾と高率であり、「現代社会においては大きな問題であるとともに、どこにでもある疾患」²⁾であると指摘されている。さらに、妊娠期は周囲からの期待感や重圧や妊娠によるホルモンや身体の変化が誘因となり³⁾、抑うつ状態になりやすい時期だと言える。「わが国の妊娠期のうつ病の有病率は5.6%」⁴⁾といわれ、「健やか親子21」のキャンペーン以降母子のメンタルヘルスに対する関心は急速に高まり、産後うつ病に関する要因や現状把握の調査も増え始めている。さらに、産後うつ病の誘因となりうる妊娠期の抑うつ状態にも目が向けられるようになってきている。看護学の領域では、産後うつ病の早期発見、早期介入のシステム構築が進められている。「システム構築では、産科スタッフが個々の褥婦の抑うつ状態のリスクを正しく評価することが重要だといわれるようになってきた」⁵⁾。しかし、妊娠期からの継続調査は少なく、産後うつ病のリスクとなりうる状態、リスクとなりうる時期、抑うつ状態の変化といった特徴を明確化するには至っていない。そこで、従来の産後のスクリーニング尺度による調査で実態を調査するだけでなく、産後うつ病につながる可能性のある妊娠中の抑うつ状態の変化と抑うつ状態の誘因、誘因になりやすい時期に関して調査した。被験者を妊娠初期、中期、末期、産後1か月に区分して経時的実態調査を行い、妊娠期のどの時期、どのような誘因によって発症するのか具体的な方法を明確にするため調査を行った。

目 的

産後うつ病のリスクとなりうる妊娠中の抑うつ状態を発見する有効な方法を考えるために、妊娠初期、中期、末期および産後1か月の抑うつ状態の変化を捉えることを目的とした。今回は調査全体に参加した対象の中ですべての調査(4回)に協力を得た対象の変化を明確化することを目的とした。

研究 方法

1. 研究デザイン

後ろ向きコホート研究とし、第1回目調査から第

4回目調査までの抑うつ状態の変化を観察した。

2. 調査対象

2012年11月1日から2014年1月31日までの期間、東京都内および神奈川県内の総合病院産婦人科もしくは産婦人科クリニック、助産院に通院する妊婦で、(1)同意取得時において年齢が16歳以上であること、(2)通院期間に入院を必要とするような異常経過を有さないこと、(3)調査依頼時に胎児奇形、発育不良が認められないこと、(4)精神疾患の既往歴がないこと、(5)本研究の参加にあたり十分な説明を受けた後、十分な理解の上、妊婦本人の自由意志による文書同意が得られることの条件を満たした233名(平均年齢 33.54 ± 7.27)とした。今回の分析では、妊娠初期、中期、末期、産後1か月の4回の調査に継続して参加した82名(平均年齢 33.61 ± 4.68)のうち、精神疾患の既往歴のある5名を除外した77名(平均年齢 33.61 ± 4.54)を対象とした。

3. 調査方法

妊婦定期健康診査受診で産婦人科外来、助産院を訪れる妊娠10週から12週の妊婦に、研究の趣旨を説明した後、同意書に署名してもらい、調査票の記入方法、郵送時期を説明し、初期、中期2回の調査票を手渡した。末期、産後の2回の調査票は、妊娠末期の最初の健診日を予測し、調査施設の外来で待機し受診時除外基準がないかどうか診療記録から確認し手渡した。回収は、すべて郵送法とした。入院を必要とするような異常経過を有するもの、胎児奇形、発育不良を認めるものは対象者から除外した。精神疾患の既往歴のあるものは、分析時に除外した。妊娠初期、中期、末期、産後1か月の変化を捉えるため以下の4つの尺度を活用した。

1) C. T. Beckにより開発された産後うつ病予測尺度(Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised; PDPI-R)は、日本語版では、出生前および、分娩後バージョンに分かれ、妊娠期から使用し産後うつ病のリスク要因を発見する調査票である。カットオフポイントは、出生前バージョン(10項目)は5.5点、分娩後バージョン(13項目)7.5となっている。

2) SF-36(MOS Short-Form36Item HealthSurvey)、1980年代にアメリカで行われた大規模なアウトカム研究(Medical Outcome Study:MOS)のなかで、開発・活用された世界で最も広く使われている自己

報告式健康状態調査票である。

3) ピッツバーグ睡眠質問票日本語版 (Pittsburgh Sleep Quality Index ; PSQI) は過去 1 か月間の睡眠の質に関する調査票であり、カットオフポイントは 5.5 点となっている。

4) 日本語版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale ; EPDS) は、産後の母親の抑うつ状態を定量的に評価することを目的とした調査票である。

過去 7 日間に感じたことを回答し、カットオフポイントは 9 点となっている。現在は、妊娠中の抑うつ状態を調査する目的にも活用されている。その他に、妊娠期から産褥 (生後) 1 か月までの母子の診療情報と社会的背景について分娩後 4 週間以降の時期にカルテから情報を得た。

4. 分析方法

分析には、統計ソフト SPSSver22.0 を用いた。

調査対象全体、4 回継続で調査に参加した対象の基礎統計量の算出を実施した。その後の分析は、各期の PDPI-R の変化に影響を与える要因について重回帰分析と各期の PDPI-R と各項目間の相対リスクを算出した。妊娠初期、中期、末期、産後 1 か月の PDPI-R 10 項目の合計点をカットオフポイントを境界に低得点群、高得点群として EPDS, PSQI, SF36 の平均点の変化を二元配置分散分析し関係性を検討した。なお、PDPI-R は、産後 1 か月のみ 13 項目の構成になっているが、妊娠期からの変化を見るために妊娠期から活用できる 10 項目 (カットオフポイント 5.5 点) の合計点で検討した。さらに、EPDS 得点をカットオフポイント 9 点未満のものを低得点群その他のものを高得点群として 2 群の PDPI-R 得点の平均点の変化を二元配置分散分析し関係性を検討した。有意水準は 0.05 未満とした。さらに、妊娠中期、末期が抑うつ状態となることを予測しながら介入するという考え方から、妊娠初期の PDPI-R 得点の高得点群、低得点群の変化を今回記述したい。

倫理的配慮として、対象者には、研究協力は中断が可能なこと、協力を拒否しても不利益にならないことを、データは匿名で処理され個人情報漏えいがないことを記した書類を用いて説明し、承諾の意思の確認後、書面にて同意を得た。

本研究は、東京女子医科大学大学院研究科倫理委員会および昭和大学保健医療学部倫理委員会の承認

を得て実施した。

結 果

1. 調査の概要および分析対象の属性

助産院、クリニック、大学病院の 3 施設の妊娠確定時の妊婦健診もしくは、その 1 回後の妊婦健診時に研究の説明を行い 374 人から同意を得て、第 1 回目、第 2 回目の調査票を手渡した。その後、妊娠末期の妊婦健診時に 3 回目、4 回目の調査票を手渡した。その中で 1 回から 4 回の調査票を 1 回以上回答した 233 名を調査対象とした。調査票の回収率は、62.3%であった。調査票に記入もれがなく調査に参加した対象者は、平均年齢 33.5 ± 4.6 歳、20 歳代 51 名 (21.9%)、30 歳代 163 名 (70.0%)、40 歳代 19 名 (8.1%) の 233 名であった。今回の分析対象は、4 回の調査に継続的に参加した 82 名のうち、精神疾患の既往のない 77 名とした。

対象の属性は表 1 に示すが、77 名の平均年齢 33.61 ± 4.54 で 30 歳代が 66.2%を占め、61.0%が有職者であった。30 歳代 60.0%を占めており調査に参加した集団全体の年齢構成とほぼ同様である (表 1)。

2. 各尺度の記述統計

1) 妊娠各期、産後の抑うつ尺度

PDPI-R 得点は、妊娠初期 $7.21.38 \pm 3.38$ 点、中期 7.17 ± 3.24 点、末期 7.49 ± 3.74 、産後 1 か月 7.49 ± 3.40 でカットオフポイント (5.5 点) に対して有意に高かった。EPDS 得点はカットオフポイント (9 点) に対して、いずれの期間とも平均点が有意に低かった。妊娠初期 4.43 ± 3.79 点、中期 4.12 ± 3.54 、末期は 4.31 ± 3.77 、産後 1 か月は 5.86 ± 4.11 とカットオフポイントは超えないが、妊娠初期の最大は 24 点、産後 1 か月は 19 点と抑うつ状態の高い対象が含まれている。中期と産後 1 か月の得点間に有意差が認められた。PSQI 得点は、妊娠初期 4.83 ± 2.29 、妊娠中期 5.19 ± 2.70 、妊娠末期 5.96 ± 3.14 、産後 1 か月 7.55 ± 2.99 でカットオフポイント (5.5 点) に対して有意に高かった。妊娠初期、中期、末期と産後 1 か月の得点間に有意差が認められた (表 2)。PDPI-R 得点の各期における相関は有意に高いことが認められた。EPDS 得点、睡眠の質、PSQI 得点とも相関が認められた (表 3)。

2) 健康状態の測定尺度

妊娠初期から産後 1 か月に向け悪化している。平

表 1 調査に参加した対象の背景

		調査全体 (N = 233) 33.54 ± 4.56	うつ病既往歴なし対象 (N = 222) 33.49 ± 4.54	うつ病既往歴がなく 4 回継続参加 (N = 77) 33.61 ± 4.54
属性	分類	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
年代	20 歳代	51 (21.9)	49 (22.1)	18 (23.4)
	30 歳代	163 (70.0)	155 (69.8)	51 (66.2)
	40 歳代	19 (8.1)	18 (8.1)	8 (10.4)
職業の有無	有職	141 (60.5)	134 (60.4)	47 (61.0)
	無職	92 (39.5)	88 (39.6)	30 (39.0)
過去の妊娠経験	あり	117 (50.2)	107 (48.2)	34 (44.2)
	なし	116 (49.8)	115 (51.8)	43 (55.8)
過去の出産経験	あり	143 (61.4)	86 (38.7)	23 (29.9)
	なし	90 (38.6)	136 (61.3)	54 (70.1)
過去の流産経験	あり	33 (14.2)	31 (14.0)	12 (15.6)
	なし	200 (86.8)	191 (86.0)	65 (84.4)
35 歳以上		103 (44.2)	97 (43.7)	36 (46.8)
35 歳未満		130 (55.8)	125 (56.3)	41 (53.2)
妊娠人工妊娠中絶経験	あり	23 (9.9)	19 (8.6)	8 (10.4)
	なし	210 (90.1)	203 (91.4)	69 (89.6)
死産の経験	あり	4 (1.7)	2 (0.9)	1 (1.3)
	なし	229 (98.3)	220 (99.1)	76 (98.7)
今回の妊娠の不妊治療	あり	23 (9.9)	41 (18.5)	15 (19.5)
	なし	210 (90.1)	181 (81.5)	62 (80.5)
調査施設	助産院	31 (13.3)	30 (13.5)	11 (14.3)
	クリニック	53 (22.7)		17 (22.1)
	大学病院	149 (63.0)	50 (22.5)	49 (63.6)
経済状態初期	ゆとりあり		142 (64.0)	9 (11.7)
	普通			66 (85.7)
	苦しい			2 (2.6)
経済状態中期	ゆとりあり			9 (11.7)
	普通			64 (83.1)
	苦しい			4 (5.2)
経済状態末期	ゆとりあり			9 (11.7)
	普通			62 (80.5)
	苦しい			6 (7.8)
経済状態 産後 1 か月	ゆとりあり			9 (11.7)
	普通			65 (84.4)
	苦しい			3 (3.9)
今回の妊娠	予定していた			57 (74.0)
	予定していない			20 (26.0)
今回の妊娠	望んでいた			69 (89.6)
	望んでいなかった			8 (10.4)

妊娠期の抑うつ状態のスクリーニングの検討

表 2 各期抑うつ尺度の得点の推移

	妊娠初期		妊娠中期		妊娠末期		産後 1 か月		F
尺度 (N)	平均点	最小値／ 最大値	平均点	最小値／ 最大値	平均点	最小値／ 最大値	平均点	最小値／ 最大値	
PDPI-R (77)	7.21 ± 3.38 ^{#1}	19 / 2	7.17 ± 3.24 ^{#1}	17 / 2	7.49 ± 3.74 ^{#1}	17 / 2	7.49 ± 3.40 ^{#1}	20 / 2	0.26
EPDS (77)	4.43 ± 3.79 ^{#2}	24 / 0	4.12 ± 3.54 ^{#2}	15 / 0	4.31 ± 3.77 ^{#2}	15 / 0	5.86 ± 4.11 ^{#2}	19 / 0	3.37*
PSQI (77)	4.83 ± 2.29	12 / 1	5.19 ± 2.70	14 / 1	5.96 ± 3.14 ^{#3}	17 / 1	7.55 ± 2.99 ^{#3}	16 / 1	14.24**

多重比較 Tukey HDS

**P<0.01 *P<0.05

#1 カットオフポイント 5.5 に対して 1% 水準で有意差あり

#2 カットオフポイント 9 に対して 1% 水準で有意差あり

#3 カットオフポイント 5.5 に対して 1% 水準で有意差あり

表 3 各期の PDPI-R と EPDS との関連

項目	PDPI-R 初期	PDPI-R 中期	PDPI-R 末期	PDPI-R 産後 1 か月
Pearson 相関係数 (γ)				
PDPI-R 初期	—	0.672**	0.537**	0.695**
PDPI-R 中期	—	—	0.605**	0.600**
PDPI-R 末期	—	—	—	0.748**
EPDS 初期	0.284*	0.125	0.308**	0.438**
EPDS 中期	0.258*	0.393**	0.258*	0.359**
EPDS 末期	0.205	0.260*	0.396**	0.422**
EPDS 産後 1 か月	0.093	0.195	0.224	0.345**
PSQI 初期	0.212	0.107	0.219	0.275*
PSQI 中期	0.252*	0.165	0.109	0.282*
PSQI 末期	0.260*	0.091	0.189	0.158
PSQI 産後 1 か月	0.240*	0.182	0.124	0.358**
睡眠の質初期	0.284*	0.125	0.308**	0.438**
睡眠の質中期	0.258*	0.393**	0.258*	0.359**
睡眠の質末期	0.205	0.260*	0.396**	0.422**
睡眠の質産後 1 か月	0.093	0.195	0.224	0.345**

**P<0.01 *P<0.05

均点 50 を下回る項目は、初期身体的健康、初期役割社会的健康、中期活力、中期身体的健康、中期役割社会的健康、末期活力、末期身体的健康、末期役割社会的健康、産後 1 か月日常役割機能（身体）、産後 1 か月活力、産後 1 か月身体的健康、産後 1 か月役割社会的健康である。

3) 各期 PDPI-R と睡眠状態の関係

中期の PDPI-R 得点と中期の睡眠の質、末期の PDPI-R 得点と初期、末期の睡眠の質、産後 1 か月の PDPI-R 得点と妊娠初期、中期、末期、産後 1 か月の睡眠の質が 1% 水準で相関があった。産後 1 か月の PSQI 得点と産後 1 か月の PDPI-R 得点間に 1%

表 4 SF-36 平均得点

	妊娠初期	妊娠中期	妊娠末期	産後 1 か月
日常役割機能身体 (77)	52.92 ± 28.85	66.40 ± 26.58	53.90 ± 25.75	44.32 ± 32.42
活力 (77)	51.95 ± 12.67	48.30 ± 11.54	47.40 ± 11.03	43.99 ± 13.08
身体的健康 (77)	47.04 ± 12.67	43.77 ± 12.03	37.43 ± 13.50	44.82 ± 13.00
役割社会的健康 (77)	33.69 ± 17.93	43.40 ± 13.50	41.58 ± 12.04	29.92 ± 16.91

国民標準値を基準とした平均点 50 点

表 5 各期の PDPI-R に関連した回帰分析

	妊娠初期	妊娠中期	妊娠末期	産後 1 か月
項目	標準化係数 (β)			
妊娠初期 EPDS	0.398**	—	—	0.306**
今回望んでいなかった妊娠 (初期)	0.363**	—	—	0.297**
今回予定していなかった妊娠 (初期)	0.280**	0.255**	—	—
人工妊娠中絶回数	0.200*	0.201*	—	—
心の健康 (中期)	—	-0.385**	—	—
経済状況 (中期)	—	0.305**	—	—
死産回数	—	0.190*	0.197*	—
今回の妊娠に対する不安 (初期)	—	-0.192*	—	—
心の健康 (末期)	—	—	-0.354**	-0.190*
経済状況 (末期)	—	—	0.329**	0.349**
睡眠の質 (末期)	—	—	0.299**	0.225*
今回望んでいなかった妊娠 (末期)	—	—	0.276**	—
重相関係数 R	0.554	0.771	0.690	0.717
R ²	0.307	0.506	0.476	0.514
調整済決定係数 R ²	0.267	0.463	0.439	0.480
モデルの有意性	F (4,72) = 7.98**	F (6,70) = 11.93**	F (5,71) = 12.91**	F (5,71) = 15.02**

**P<0.01 *P<0.05

水準で相関が認められた (表 3)。

4) 各期の PDPI-R に影響を与える要因

重回帰分析の結果、初期の PDPI-R 得点は初期 EPDS 得点、今回望んでいなかった妊娠 (初期)、今回予定していなかった妊娠 (初期)、人工妊娠中絶回数により上昇した。中期の PDPI-R 得点は、今回予定していなかった妊娠 (初期)、経済状況 (中期)、人工妊娠中絶回数、死産回数により上昇し、心の健康 (中期)、今回の妊娠に対する不安 (初期) により下降した。末期の PDPI-R 得点は、死産回数、経済状況 (末期)、睡眠の質 (末期)、今回望んでいなかった妊娠 (末期) により上昇し、心の健康 (末期) により下降した。産後 1 か月の PDPI-R 得点は、初

期 EPDS 得点、今回望んでいなかった妊娠 (初期)、経済状況 (末期)、睡眠の質 (末期) により上昇し、心の健康 (末期) により下降した (表 5)。

5) PDPI-R 高得点群、低得点群の生活の変化

初期 PDPI-R 得点の高得点群、低得点群の EPDS, PSQI, SF36 得点が、初期、中期、末期、産後 1 か月の時系列でどのように変化し生活の質に影響を与えるか、妊娠初期 EPDS 得点高得点群、低得点群の PDPI-R 得点の平均点の変化を検討するために二元配置分散分析を行った。初期の PDPI-R 高得点群と低得点群の 2 群それぞれの EPDS 得点に有意差が認められた。さらに、それぞれの身体的健康面 (SF-36) 得点にも有意差が認められた。身体的健康は、

妊娠期の抑うつ状態のスクリーニングの検討

表 6 妊娠初期の PDPI-R 高得点群低得点群と各尺度二元配置分散分析

尺度	F (被験者間)	F (被験者内)
EPDS	11.79**	N.S.
心の健康 (SF-36)	9.27**	N.S.
身体的健康 (SF-36)	3.78**	4.13*

**p<0.01 *p<0.05

表 7 妊娠初期 EPDS 高得点群低得点群と PDPI-R 二元配置分散分析

尺度	F (被験者間)	F (被験者内)
PDPI-R	5.445*	N.S.

**p<0.01 *p<0.05

表 8 各期の PDPI-R 高得点群低得点の二項ロジスティック回帰分析

項目	妊娠初期		妊娠中期		妊娠末期		産後 1 か月	
	オッズ比	95% 信頼区間	オッズ比	95% 信頼区間	オッズ比	95% 信頼区間	オッズ比	95% 信頼区間
日中覚醒困難 (初期)	2.69**	1.29~5.61						
妊娠回数			1.92*	1.04~3.56				
今回予定していなかった妊娠 (中期)			10.87**	2.42~48.47				
睡眠時間 (中期)					5.96*	2.04~17.41		
活力 (末期)					1.09*	1.01~1.18		
経済状態 (末期)					221.40**	7.18~6828.55	6.40**	1.40~29.35
今回予定していなかった妊娠 (末期)					39.95**	3.89~332.04		

Hosmer と Lemeshow の検定, $\chi^2(4) = 5.79, N.S.$

$\chi^2(8) = 8.67, N.S.$

$\chi^2(8) = 5.67, N.S.$

$\chi^2(8) = 8.44, N.S.$

**P<0.01 *P<0.05

PDPI-R 高得点群および低得点群の 2 群間で有意差が認められ、高得点、低得点それぞれ得点に有意差が認められた (表 6)。初期の EPDS 高得点群および低得点群それぞれ PDPI-R 得点の有意差が認められた (表 7)。

6) PDPI-R の相対リスク要因

初期には、日中覚醒困難 (初期)、中期は、妊娠回数、今回予定していなかった妊娠 (中期)、末期は、睡眠時間 (中期)、活力 (末期)、経済状態 (末期)、今回予定していなかった妊娠 (末期)、産後 1 か月は、経済状態 (末期) がリスク因子として関

わっていた (表 8)。

考 察

1. 抑うつ状態をとらえるための尺度の特徴

妊娠初期から産後 1 か月まで縦断的に調査を行った。その結果、妊娠中に産後うつ病予測尺度である PDPI-R について、妊娠各期および産後 1 か月の得点に変化はなかった。1 週間以内の気分の変動を主眼に調査する EPDS は、初期の最大値が 24 点、産後 1 か月が、19 点と高くなっていた。さらに、産後 1 か月にかけてカットオフポイントに近づくことが明確

になった。PDPI-R 得点と初期の EPDS 高得点群低得点群の間に有意な関連があり、EPDS 得点と PDPI-R 高得点低得点群の間に有意差があった。PDPI-R の調査により抑うつ状態のリスクと EPDS 得点の変化により産後うつ病の発症の推測が可能である。さらに、SF-36 の身体機能は各期の身体的変化を把握できる。PDPI-R、EPDS だけでは、身体面の変化を把握することは難しい面があり、抑うつ状態が継続する可能性のある対象には、心身両面からのリスクを捉えるために生活の質を加味したスクリーニングを提案することが課題と考える。EPDS に関する先行研究では、「妊娠中期から分娩直前までの縦断調査で、妊娠週数による抑うつの変化はない」⁶⁾としているが、初期と産後1か月は、上昇傾向にありカットオフポイントに近づくという変化が確認できた。また、「対象者の異なる横断研究で妊娠末期のほうが妊娠中期より抑うつが高い」⁷⁾としているものがあるが、同一集団では、同じ傾向は示唆されるが有意差は認められなかった。したがって、産後うつ病予測においては、PDPI-R の活用による妊婦健診の早期にスクリーニングを行い、リスクのあるものに対して妊娠経過中の変化を捉える EPDS、PSQI、SF-36 を活用することが有用である。

2. 妊娠初期、中期、末期、産後1か月の継続調査の特徴

ロジスティック回帰分析において妊娠初期、末期は睡眠に関する項目の相対リスクが高かった。重回帰分析では、末期と産後1か月の時期に睡眠の質(中期)が抑うつ状態を招く要因となっていた。これにより、妊娠経過中の睡眠の質の悪化が末期、産後1か月の抑うつ状態をさらに悪化させることが推測された。また、抑うつ状態に初期から継続的に影響を与えていたのは、今回望んでいなかった妊娠(初期)、今回予定していなかった妊娠(初期)であった。妊娠初期の妊娠に対する受け入れが、抑うつ状態に影響を与えていた。中期、末期では今回予定していなかった妊娠による相対リスクは特に高かった。末期には睡眠時間、活力の低下など身体面で相対リスクが高かった。中期、末期の心の健康は、悪化傾向にないため、抑うつ状態が軽減することを予測できた。産後1か月では、妊娠期とは異なり、経済状態により相対リスクが高まった。

PDPI-R と EPDS を活用することによって妊娠期

の抑うつ状態の発見が可能であることが確認できた。PDPI-R は妊娠各期の変化が小さいので妊娠初期にスクリーニングとして活用し、その後は EPDS で、調査前1週間の抑うつ状態の変化を捉えることにより介入の時期が特定しやすいと考えた。「妊娠 EPDS と EPDS の相関は認められ使用にすることに意義はあるが、ローリスクだと思われる集団にもスクリーニングは必要である」⁷⁾と言われており、妊娠初期の PDPI-R においてリスクのある対象には、妊娠初期の EPDS 得点がカットオフポイントを超えていなくてもフォローアップは必要である。さらに、SF-36 や PSQI を活用し身体面の変化を介入する手がかりにすることも有効である。また、抑うつ状態に与える要因は産後1か月に変化がみられるので、PDPI-R を産後1か月に再度活用して背景の変化を把握することが必要であると確認できた。「調査時期としては、受診率が高い4か月児健診時も考えられるが、産褥1週間から3か月の間に産後うつ病有病率が高い」⁸⁾ので、医療機関に受診する可能性の高い産後1か月までに行うことが望ましいといえる。抑うつ状態のリスク要因として、今回の妊娠を予定しているか否かが関連していることが示唆されたことから、妊娠確定時に予定していた妊娠なのか聞き取ることは重要である。

謝辞 調査にご協力いただきました対象者の皆様、論文をご指導いただきました柳修平先生に感謝いたします。

利益相反

本研究に関し開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 木村武実, 北村敏則. 我が国におけるうつ病の疫学動向. 日臨. 2001;59:1444-1449.
- 2) 平岩幹男. 保健師さんに伝えたい24のエッセンス 親子保健を中心に うつ状態, うつ病 妊娠中から出産後を中心に. 公衆衛生. 2009;73:462-465.
- 3) 岡野禎治. 女性の精神医学 妊娠中の精神疾患 産前うつ病. 産と婦. 2000;67:85-90.
- 4) 岡野禎治, 南田智子, 國分真佐代. 産前(妊娠)うつ病. 産婦治療. 2010;100:231-237.
- 5) 佐々木恵理子, 田口可奈子, 工藤直子. エジンバラ産後うつ病自己評価票による産後うつ病の要因の分析. 秋田母性衛会誌. 2012;25:12-18.
- 6) 安藤智子, 無藤 隆. 妊娠期の抑うつと胎児へ

- の感情に関する仮説モデルの検討. 小児保健研. 2006;65:666-674.
- 7) 杉下佳文, 上別府圭子. 妊娠うつと産後うつの関連 エジンバラ産後うつ病自己評価票を用いた検討. 母性衛生. 2013;53:444-450.
- 8) 梅崎みどり, 富岡美佳, 國方弘子. 妊娠期および産後における産後うつ病発症予防のための看護介入に関する実態調査. 日精保健看会誌, 2013; 22:39-48.

EXAMINATION OF THE SCREENING OF DEPRESSED STATE FROM EARLY PREGNANCY, METAPHASE, AND ADVANCED STAGE TO ONE MONTH AFTER GIVING BIRTH

Kuniko YUBUNE

Tokyo Women's Medical University Graduate School of Nursing

Abstract — The interest in mental health of the mother and child has increased after the campaign of “Healthy Parent and Child 21”. Likewise, investigations into the critical factors related to postpartum depression have also increased. In addition, more attention has been paid to the precipitating factors in postpartum depression and also the timing of the depressed state during the gestation period. However, there are few continuous investigations from the gestation period through postpartum to clarify the time of change to the depressed state. Therefore, to consider an effective method to discover whether the pregnancy depressed state can become a risk of postpartum depression, the following were investigated: a postpartum depression prediction standard [Postpartum Depression Predictors Inventory Revised (PDPI-R)], Edinburgh postpartum depression self-assessment vote [Edinburgh postnatal Depression scale (EPDS)]; SF-36 [for MOS Short-Form_36_Item Health_Survey, Japan, and Pittsburgh sleep questionnaire, Japanese edition] Pittsburgh Sleep Quality Index; (PSQI)]. We utilized PSQI. For any advanced stage, which continued one month after giving birth, both the early time and metaphase were investigated.

The pregnant subjects who participated in this investigation visited the following facilities for treatment: an assistant maternity hospital an obstetrics and gynecology department clinic and three institutions of the university hospital. There was no medical history of depression.

The purpose of this investigation was explained to all 77 subjects participating in the study, who were seen four times during pregnancy and after delivery. The average age of the 77 subjects was 33.61 ± 4.54 years and 70.1% had no previous delivery experience.

The results obtained from those subjects who participated throughout the 4 surveys showed that, in the early stage and at the 1-month after-birth stage, there was a relation between PDPI-R and EPDS. It may be thought that continuous survey on whether they desired or planned pregnancies may help reveal depression in early stages.

Furthermore, only checking the development of fetuses and the risk of hypertension syndrome by the time of pregnancy or delivery may delay the discovery of depression.

In order to reveal depression at an early stage, it is necessary to check whether their physical and overall health as well as their vitality is not declining, by utilizing SF-36, and PSQI.

Key words: postpartum depression, depressed state before delivery

[受付: 10月30日, 2014, 受理: 2月18日, 2015]